

Роз'яснення щодо лікування застрахованих осіб в реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів після перенесених захворювань і травм

Медична реабілітація (відновне лікування) – вид медичної допомоги, що включає систему лікувальних заходів, які спрямовані на відновлення порушених чи втрачених функцій організму, виявлення та активізацію його компенсаторних можливостей, профілактику ускладнень та рецидивів захворювання.

Застосування медичної реабілітації в умовах санаторно-курортних закладів допомагає якнайшвидше відновити здоров'я та працездатність людини, зменшити показник первинної інвалідності, підвищити рівень життєдіяльності, а також скоротити терміни тимчасової непрацездатності.

Висока ефективність проведення медичної реабілітації може бути досягнута лише за умов обов'язкового дотримання основних принципів: раннього початку, безперервності, послідовності, наступності та повноти надання медичної допомоги хворим, індивідуального підходу та програмування відновного лікування.

Відповідно до законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне страхування за рахунок коштів Фонду соціального страхування України (далі – Фонд) здійснюється оплата лікування осіб, застрахованих за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням, у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності (далі – застраховані особи) в реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів.

Законом України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 23.09.1999 № 1105-XIV (далі – Закон № 1105) визначено, що для забезпечення відновлення здоров'я застраховані особи мають право на лікування в реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів після перенесених захворювань і травм за рахунок коштів Фонду.

Медична реабілітація призначається пацієнтам після закінчення гострого періоду захворювання в разі наявності обмежень життєдіяльності та виконання трудової діяльності і спрямована на відновлення здоров'я працюючої особи та повернення її до суспільно-корисної праці, профілактику ускладнень хвороб та зменшення витрат на допомогу по тимчасовій непрацездатності.

З метою вдосконалення механізму забезпечення права

застрахованих осіб на лікування в реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів відповідно до вимог Закону № 1105 та пункту 3 постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання соціального захисту застрахованих осіб» від 16.03.2017 № 145 постановою правління Фонду від 13.07.2017 № 39 затверджено Порядок відшкодування витрат за надані соціальні послуги з лікування застрахованих осіб та членів їх сімей після перенесених захворювань і травм у реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів за рахунок коштів Фонду соціального страхування України (далі – Порядок № 39) та погоджено Міністерством охорони здоров'я України (лист від 23.08.2017 № 3.14-19/1146-17/22760).

Відновлення здоров'я застрахованих осіб за рахунок коштів Фонду здійснюється за профілями медичної реабілітації:

- *нейрореабілітація* (підгострий період інсультів, черепно-мозкових травм);
- *м'язово-скелетна реабілітація* (підгострий період після операцій ортопедичних та травматологічних, ревматологічні захворювання);
- *кардіо-пульмонарна реабілітація* (підгострий період інфаркта міокарда, після операцій на серці; підгострий період захворювань легень, після операцій на легенях; цукровий діабет);
- *медико-психологічна реабілітація учасників АТО;*
- *реабілітація після оперативних втручань на органах зору;*
- *реабілітація при порушенні перебігу вагітності (ускладнена вагітність);*
- *інша (соматична) реабілітація:* підгострий період після оперативних втручань на органах травлення, сечостатевої системи, жіночих статевих органах.

Механізм направлення в реабілітаційні відділення санаторно-курортних закладів

З 01.01.2018 Порядком № 39 запроваджено принципово новий механізм забезпечення застрахованих осіб соціальними послугами з лікування в реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів після перенесених захворювань і травм. А саме, застрахована особа направляється до реабілітаційного відділення санаторно-

курортного закладу за її вибором відповідно до медичних показань визначеного профілю медичної реабілітації за рекомендацією лікуючого лікаря та за наявності висновку лікарської-консультативної комісії (далі – ЛКК) закладу охорони здоров'я, де перебуває зазначена особа на лікуванні.

Після надання висновку ЛКК заклад охорони здоров'я інформує орган Фонду про потребу застрахованої особи (з урахуванням медичних показань та протипоказань) в подальшому лікуванні в реабілітаційному відділенні санаторно-курортного закладу із зазначенням профілю.

Представник Фонду прибуває в заклад охорони здоров'я та разом із хворим заповнює заяву про забезпечення реабілітаційним лікуванням. Застрахованій особі надається перелік санаторно-курортних закладів у розрізі профілів медичної реабілітації, які відповідають кваліфікаційним вимогам для надання послуг з реабілітаційного лікування за профілем його хвороби, та пропонується обрати відповідний санаторій. Далі Фонд узгоджує із санаторієм, обраним застрахованою особою, можливість прийому на реабілітаційне лікування та дату заїзду хворого. Після чого укладається тристоронній договір – між застрахованою особою, органом Фонду та санаторно-курортним закладом.

Направлення застрахованої особи з порушенням перебігу вагітності до спеціалізованого реабілітаційного відділення санаторно-курортного закладу за рахунок коштів Фонду здійснюється безпосередньо із жіночої консультації (амбулаторно-поліклінічного закладу).

Адресне забезпечення санаторною медичною реабілітацією передбачає підвищення якості надання санаторно-курортними закладами послуг з реабілітаційного лікування та збільшення кількості застрахованих осіб, які зможуть відновити здоров'я в реабілітаційних відділеннях санаторіїв за рахунок коштів Фонду.

Медична реабілітація призначається пацієнтам після закінчення гострого періоду захворювання в разі наявності обмежень життєдіяльності та виконання трудової діяльності і спрямована на відновлення здоров'я працюючої особи та повернення її до суспільно – корисної праці, профілактику ускладнень хвороб та зменшення витрат на допомогу по тимчасовій непрацездатності.

Затверджені граничні розміри витрат на відшкодування вартості одного ліжко-дня лікування в реабілітаційному відділенні санаторно-курортного закладу для застрахованої особи

або члена її сім'ї (дитини в супроводі одного із застрахованих батьків, або застрахованої особи, яка їх змінює (опікуна, піклувальника) **на 2018 рік – 600 грн (з ПДВ), для супроводжуючої особи - 420 грн (з ПДВ).**

Також затверджено Перелік санаторно - курортних закладів у розрізі медичної реабілітації для відшкодування витрат за надані застрахованим особам послуги із реабілітаційного лікування, який оприлюднено на офіційному веб-сайті Фонду соціального страхування України.

Відбір та направлення застрахованих осіб на лікування в реабілітаційні відділення санаторно-курортних закладів здійснює лікуючий лікар та ЛКК.

Термін лікування також визначає лікуючий лікар та ЛКК, але не більше 24 днів. На час реабілітаційного лікування відкривається листок непрацездатності.

Заклад охорони здоров'я, де застрахована особа перебуває на лікуванні, протягом доби з моменту надання висновку ЛКК, інформує орган Фонду за місцем обліку закладу охорони здоров'я як страхувальника, про потребу зазначеної особи (з урахуванням показань і протипоказань) в подальшому лікуванні в реабілітаційному відділенні санаторно-курортного закладу із зазначенням профілю (медичний висновок).

Після отримання необхідних документів представник Фонду терміново укладає трьохсторонній договір (Фонд, санаторно-курортний заклад, застрахована особа) із узгодженою датою заїзду.

Заїзд до реабілітаційного відділення санаторно-курортного закладу застрахована особа здійснює самостійно.